

การส่องตรวจและรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงจมูก ด้วยกล้อง ประสพการณ์ในโรงพยาบาลนครปฐม

ตรีรัตน์ รัตนรักษ์

รพ. นครปฐม

ABSTRACT :

**Ratanarugsa T. Diagnosis and Treatment of Epistaxis with Endoscope/Microscope :
Nakhonpathom Hospital experience. (Region 4 Medical Journal 1999 ; 3 : 227-236.)**

Department of Otolaryngology, Nakhonpathom Hospital, Thailand.

From retrospective study in patients who came to Nakhonpathom hospital with acute or chronic nose bleeding, since October 1993 to September 1997. Of 87 cases who received endoscopic/ microscopic nasal examination to search for bleeding sites. Forty eight cases classified to be anterior epistaxis, included anterior non-specific 15 cases, anterior septal 22 cases, middle meatus 7 cases, inferior meatus 4 cases. Twelve cases classified to be posterior epistaxis, included posterior non-specific 10 cases, posterior lateral wall 1 case, posterior septal 1 case. And no bleeding can be detected in 27 cases.

Selection of the methods to stop nose bleeding which appropriated for each patients, determines from bleeding sites and nasal structure. Localized treatments by endoscopic assisted showed good results.

In cases with anterior septal bleeding. 21 cases treated by electrocoagulation, only 2 cases have rebleeding.

In cases with middle meatal bleeding. 1 case treated by electrocoagulation and 2 cases treated with miniature packing, no cases have rebleeding.

In cases with inferior meatal bleeding. 4 cases treated with electrocoagulation, no cases have rebleeding.

In 1 case with posterior septal bleeding and other 1 case with posterior lateral wall bleeding treated by endoscopic electrocautery, no cases have rebleeding

บทคัดย่อ :

ตรีรัตน์ รัตนรักษ์. การส่องตรวจและรักษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงจมูกด้วยกล้อง ประสิทธิภาพในโรงพยาบาล นครปฐม. (วารสารแพทย์เขต 4 ๒๕๔๒ ; ๓ : ๒๒๗-๒๓๖.)

กลุ่มงาน โสต ศอ นาสิก, รพ. นครปฐม.

ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในโพรงจมูก ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครปฐมย้อนหลัง จำนวน ๘๗ ราย ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๓๕ ถึงเดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๔๐ รวม ๕ ปี โดยการส่องตรวจหาตำแหน่งที่เลือดออกด้วยกล้อง (microscope หรือ rigid endoscope) ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกแบบเฉียบพลัน หรือมีประวัติเลือดออกเรื้อรัง พบตำแหน่งที่เลือดออกเป็น anterior epistaxis ๔๔ ราย แยกเป็น anterior non-specific ๑๕ ราย, anterior septal ๒๒ ราย, middle meatus ๗ ราย, inferior meatus ๔ ราย เป็น posterior epistaxis ๑๒ ราย แยกเป็น posterior non-specific ๑๐ ราย, posterior lateral wall ๑ ราย, posterior septal ๑ ราย และส่องตรวจไม่พบว่ามีเลือดออก ๒๗ ราย

การเลือกวิธีห้ามเลือดให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยพิจารณาจากตำแหน่งที่เลือดออกรวมทั้งโครงสร้างของโพรงจมูกที่ตรวจพบ พบว่าการห้ามเลือด "เฉพาะที่" โดยใช้กล้องช่วยได้ผลดี

รายที่มีเลือดออกที่ anterior septal ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า ๒๑ ราย มีเลือดออกซ้ำ ๒ ราย รายที่มีเลือดออกที่ middle meatus ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า ๑ รายและห้ามเลือดโดยการทำ miniature packing ๒ ราย ทั้งหมดไม่มีเลือดออกซ้ำ

รายที่มีเลือดออกที่ inferior meatus ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า ๔ ราย ทั้งหมดไม่มีเลือดออกซ้ำ

รายที่มีเลือดออกที่ posterior septal ๑ ราย และ posterior lateral wall ๑ ราย ห้ามเลือดด้วยการทำ endoscopic electrocautery ทั้งหมดไม่มีเลือดออกซ้ำ

บทนำ

“เลือดกำเดาไหล” เป็นภาวะเลือดออกในโพรงจมูกที่พบเห็นได้บ่อย ๆ ในโรงพยาบาลทั่วไป อาจมีสาเหตุเฉพาะที่จาก อุบัติเหตุ เนื้องอก การอักเสบ หรือจากโรคของร่างกายทั่วไป เช่น atherosclerosis และ bleeding disorder ตำแหน่งที่เลือดออกหากแบ่งตามการตรวจร่างกาย โดยการทำ anterior rhinoscopy ด้วยการใช้ head light หรือ head mirror ร่วมกับ nasal speculum ตามที่นิยมกระทำกันมาแต่เดิม คือ

anterior epistaxis เป็นภาวะเลือดออกในตำแหน่งที่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำ anterior-rhinoscopy และพบว่าเป็นสาเหตุกว่าร้อยละ 90 ของภาวะเลือดออกในโพรงจมูก โดยเกือบทั้งหมดจะออกที่บริเวณ anterior inferior septum ที่เรียกว่า Little's area

posterior epistaxis เป็นภาวะเลือดออกในตำแหน่งลึกเข้าไปในโพรงจมูก ที่ไม่สามารถตรวจพบได้ด้วยการทำ anterior rhinoscopy ส่วนมากจะอยู่หลังต่อหรือเหนือต่อเทอร์บินेटอันกลาง

ตำแหน่งทางกายวิภาคโดยละเอียดของจุดที่มีเลือดออกบ่อย ๆ ได้มีผู้รวบรวมเอาไว้มานานแล้ว โดยจัดเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้คือ

- anterior septum, Little's area
- nasal vestibule, nasal floor
- middle turbinate, middle meatus
- posterior nasal floor, inferior turbinate, inferior meatus
- posterior lateral wall (Woodruff's area)
- posterior nasal septum^{1,5}

แต่ในปัจจุบัน มีโสต ศอ นาสิกแพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความสามารถในการใช้ flexible endoscope, rigid endoscope รวมทั้ง microscope ในการส่องตรวจ รักษาโรคของโพรงจมูกแพร่หลายมากขึ้น การใช้กล้องช่วยให้สามารถเห็นเข้าไปถึงบริเวณเหล่านี้ แล้วเลือกวิธีจัดการอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับเลือดที่ออก

บริเวณดังกล่าวได้ง่ายขึ้น ประกอบกับการทำผ่าตัด functional endoscopic sinus surgery เป็นที่นิยมมากขึ้น แต่การที่มีเลือดออกระหว่างผ่าตัดเป็นอุปสรรคสำคัญในการผ่าตัดประเภทนี้ จึงได้มีการพัฒนาวัสดุอุปกรณ์และเทคนิควิธีการต่าง ๆ เพื่อห้ามเลือด “เฉพาะที่” ในโพรงจมูกออกมามากมาย ได้แก่ gelatin sponge (gelfoam), oxidized cellulose (surgicel, compressed sponge (merocel), microfibrillar collagen, monopolar suction cautery, bayonet bipolar forceps cautery เป็นต้น

การส่องตรวจหาตำแหน่งที่เลือดออกในโพรงจมูกด้วยกล้อง และวิธีการห้ามเลือด “เฉพาะที่” โดยใช้กล้องช่วย จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการรักษาภาวะเลือดออกในโพรงจมูก วิธีการเหล่านี้หากรู้จักเลือกใช้ให้เหมาะสม จะสามารถลดความทุกข์ทรมานและลดอันตรายจากการทำ nasal packing แบบเดิม และสามารถลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลง รวมทั้งอาจจะลดความจำเป็นในการรับไว้เป็นผู้ป่วยในได้อีกด้วย นอกจากนี้การส่องตรวจด้วยการใช้กล้อง ยังให้ข้อมูลที่แน่นอนที่ช่วยประกอบการตัดสินใจเลือกทำหัตถการห้ามเลือดโดยวิธีอื่นที่ invasive กว่า เช่นการทำ internal maxillary artery ligation ได้อีกด้วย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยได้รวบรวมผลการส่องตรวจโพรงจมูกเพื่อหาตำแหน่งที่เลือดออกในผู้ป่วยเลือดกำเดาไหล ทั้งในรายที่เป็นเฉียบพลัน และในรายที่ให้ประวัติว่ามีเลือดออกซ้ำบ่อย ๆ ด้วย microscope และ rigid endoscope ในโรงพยาบาลนครปฐมเฉพาะที่เป็น spontaneous epistaxis ไม่นับรวมรายที่เป็นจากอุบัติเหตุ เนื้องอก หรือเลือดออกจากการผ่าตัดในโพรงจมูกและไซนัส ในรายผู้ป่วยที่มีเลือดออกเฉียบพลัน อาจจะได้รับ การส่องตรวจทันทีโดยผู้รายงาน หรือได้รับการทำ anterior nasal

packing โดยแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินก่อน แล้วได้รับการส่งตรวจโดยผู้รายงานในวันรุ่งขึ้นหรือในวันต่อมาหลังจากเขา nasal packing ออก ระยะเวลาที่ทำการรักษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2540 รวม 5 ปี

การส่องตรวจภายในจมูกด้วย Operating Microscope วัสดุอุปกรณ์ที่เตรียมมี

1. operating microscope objective lense 200 mm. (Karl Zeiss OPMI1)
2. nasal speculum
3. Frazier suction
4. nasal dressing forceps
5. 1% ephredene

การตรวจทำโดยจัดให้ผู้ป่วยนั่งในลักษณะท่าหงายศีรษะไปทางด้านหลังจนสุด จากนั้นใช้ nasal speculum ถ่างดูภายในโพรงจมูก อาศัยกำลังขยายและความสว่างของแสงไฟของ microscope สามารถมองเห็นรายละเอียดได้ดี ในบริเวณ anterior septum บริเวณ anterior nasal floor บริเวณส่วนหน้าของ inferior turbinate บริเวณส่วนหน้าของ middle turbinate และบริเวณภายใน middle meatus และหากโพรงจมูกโล่งมาก ๆ อาจมองเห็นได้ถึงส่วนหลังของโพรงจมูก เช่น บางส่วนของ posterior septum, posterior nasal floor และบางส่วนของ posterior wall ของ nasopharynx

การส่องตรวจและรักษา ด้วย Rigid Endoscope วัสดุอุปกรณ์ที่เตรียมมี

1. rigid endoscope ขนาด 2.7 มม. หรือ 4.0 มม. 25° (Richardson Wolfe)
2. nasal dressing forceps
3. insulated monopolar suction cautery
4. insulated bayonet bipolar forceps cautery

5. 1% ephredene

6. rolled gel foam และ rolled sofratulle gauze

7. Foley's catheter ขนาด 12-16 Fr. ความจุของบอลลูน 30 มล.

การส่องตรวจด้วย rigid endoscope สามารถสอดกล้องเข้าไปส่องดูทั้งในที่ลึก และในซอกหนีบต่าง ๆ ของโพรงจมูกได้ดีกว่า รวมทั้งสะดวกในการทำหัตถการมากกว่า microscope แต่ก็มีผู้รายงานถึงการใช้ microscope ร่วมกับจี้ไฟฟ้ารักษาภาวะเลือดออกในโพรงจมูกส่วนหน้าว่า ได้ผลดี²

ผลการศึกษา

ได้ทำการส่องตรวจโพรงจมูกในผู้ป่วย 87 ราย (ตามตารางที่ 1) พบตำแหน่งที่เลือดออก (ตามตารางที่ 2) แบ่งออกเป็น

anterior epistaxis รวม 48 ราย แยกเป็น

1. "anterior non-specific" หมายถึง มีเลือดออกที่หลายจุดไม่สามารถบอกเป็นตำแหน่งที่แน่นอนได้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทำ anterior nasal packing มาก่อนแล้ว 15 ราย

2. "anterior septal" หมายถึง มีเลือดออกที่ anterior 1/3 of nasal septum และ anterior nasal floor 22 ราย

3. "middle meatus" หมายถึง มีเลือดออกที่บริเวณส่วนหน้าของ middle turbinate และภายใน middle meatus 7 ราย

4. "inferior meatus" หมายถึง มีเลือดออกที่ inferior meatus และ posterior nasal floor, beneath inferior turbinate 4 ราย

posterior epistaxis รวม 12 ราย แยกเป็น

1. "posterior non-specific" หมายถึง มีเลือดออกในบริเวณเหนือและหลังต่อ middle turbinate ออกไป แต่ไม่สามารถบอกจุดที่แน่นอนได้เพราะมีโพรงจมูกส่วน

หลังแคบ 10 ราย

2. "posterior lateral wall" บริเวณตำแหน่งที่เรียกว่า Woodruff's area 1 ราย

3. "posterior septal" ที่บริเวณ posterior 2/3 of nasal septum 1 ราย

"not found" หมายถึง กลุ่มที่ส่องตรวจไม่

พบว่ามีเลือดออกเลย รวม 27 ราย กลุ่มดังกล่าวทั้งหมดให้ประวัติว่าเคยมีเลือดกำเดาไหลซ้ำบ่อย ๆ แต่ขณะที่มาพบแพทย์เลือดหยุดแล้ว

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วย เพศ และอายุ

ตารางที่ 2 แสดงตำแหน่งที่เลือดออก

จำนวน	
ผู้ป่วยได้รับการส่องตรวจทั้งสิ้น	87 ราย
เพศ	
ชาย	54 ราย
หญิง	33 ราย
อายุ ตั้งแต่ 10 ปี ถึง 83 ปี	
ช่วงอายุ 10-20 ปี	8 ราย
ช่วงอายุ 21-40 ปี	30 ราย
ช่วงอายุ 41-60 ปี	26 ราย
อายุ > 60 ปี	23 ราย

anterior epistaxis	48 ราย
anterior non-specific	15 ราย
anterior septal	22 ราย
middle meatus	7 ราย
inferior meatus	4 ราย
posterior epistaxis	12 ราย
posterior non-specific	10 ราย
posterior lateral wall	1 ราย
posterior septal	1 ราย
not found	27 ราย

ตารางที่ 3 แสดงวิธีห้ามเลือด และผลการรักษา

ตำแหน่งที่เลือดออก	วิธีห้ามเลือด	จำนวน/ราย	เลือดออกซ้ำ/ราย
anterior epistaxis			
anterior non-specific	anterior nasal packing	11	2
anterior septal	electrocautery	21	2
middle meatus	miniature packing	1	0
	electrocautery	2	0
inferior meatus	electrocautery	4	0
posterior epistaxis			
posterior non-specific	posterior nasal packing	8	3
	internal maxillary artery ligation	2	0
posterior lateral wall	endoscopic electrocautery	1	0
posterior septal	endoscopic electrocautery	1	0

วิจารณ์

เส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงโพรงจมูก เป็นสาขาที่แยกออกมาจากทั้ง internal carotid artery และ external carotid artery บริเวณที่สาขาเส้นเลือดเหล่านี้พาดผ่านเป็นตำแหน่งที่มีเลือดออกได้บ่อยตามที่ Jackson¹ และ Padgham⁵ รายงานไว้ ประกอบด้วย

1. เส้นเลือด anterior และ posterior ethmoid artery

สาขาของระบบ internal carotid artery แยกออกจาก ophthalmic artery ในกระบอกตาผ่านเข้ามาในโพรงจมูกทาง anterior ethmoid และ posterior ethmoid foramen ผ่านระหว่าง ethmoid sinus เข้า anterior cranial fossa แล้ววกกลับลงมาจาก cribriform plate เข้าสู่โพรงจมูกอีกครั้งหนึ่ง

anterior ethmoidal artery เลี้ยงบริเวณ nasal septum ส่วนหน้าตอนบนสุด และบริเวณผนังด้านข้างจมูกที่อยู่ตรงกัน เส้นเลือดจะผ่านลงมาจากบริเวณ anterior inferior septum หรือ "Little's area" ประสานกับเส้นเลือดอื่น ๆ จากระบบ external carotid artery เป็น "Kiesselbach's plexus"

posterior ethmoidal artery เลี้ยงบริเวณ superior turbinate และบริเวณ nasal septum ที่อยู่ตรงกัน

2. เส้นเลือด internal maxillary artery

สาขาของระบบ external carotid artery ผ่านช่องรอยต่อของกระดูก ที่เรียกว่า "pterygomaxillary fissure" ผ่านไปบริเวณด้านหลังต่อ maxillary sinus ซึ่งเป็นบริเวณช่องว่างระหว่างกระดูกที่เรียกว่า "pterygopalatine fossa" ในบริเวณนี้เส้นเลือดจะแยกเป็นสาขาย่อยหลายเส้น คือ

- 2.1 posterior superior alveolar artery
- 2.2 descending palatine artery
- 2.3 infraorbital artery
- 2.4 sphenopalatine artery

2.5 pharyngeal artery

2.6 pterygoid canal artery

แต่เส้นสำคัญที่เลี้ยงภายในโพรงจมูกเกือบทั้งหมดจนเรียกว่าเป็น "Rhinologist's artery" คือเส้นเลือด sphenopalatine artery³ จะผ่านกระดูกในบริเวณผนังจมูกด้านข้างที่เรียกว่า "sphenopalatine foramen" เข้ามาในโพรงจมูก กระดูกดังกล่าวอยู่ติดไปทางด้านหลังและล่างลงมาเล็กน้อยจากปลายด้านในสุดของ middle turbinate โดย sphenopalatine artery จะแยกเป็นสองแขนงคือ

1. posterior septal branch จะเลี้ยวขึ้นบนแล้วผ่านข้ามบริเวณส่วนล่างของผนังด้านหน้าของกระดูกสฟีนอยด์มาที่บริเวณ posterior nasal septum จากนั้นผ่านมาทางด้านหน้าและเฉียงจากบนลงล่างตามแนวทิศทางของกระดูก vomer จนถึง nasal floor เส้นเลือดนี้จะออกจากโพรงจมูกที่บริเวณปลายสุดของกระดูก vomer ลอดผ่าน incisive foramen เข้าช่องปากเพื่อเลี้ยงบริเวณเพดานปากส่วนหน้า

2. posterior lateral nasal branch จะผ่านเรื่อยมาทางด้านหน้า เลี้ยงบริเวณผนังด้านข้างของโพรงจมูกเกือบทั้งหมด รวมทั้ง middle meatus และ inferior meatus เส้นเลือดนี้จะประสานกับ pharyngeal artery เป็น "naso-nasopharyngeal plexus" ที่บริเวณ posterior lateral wall หรือ Woodruff's area ซึ่งอยู่หลังต่อและล่างต่อปลายด้านในของเทอร์บินตด้านล่าง

จากการศึกษาทบทวนพบว่า การวินิจฉัยตำแหน่งที่เลือดออกในโพรงจมูกที่นิยมกระทำกันมีหลายวิธีคือ

1. Therapeutic diagnosis เป็นวิธีการวินิจฉัยที่ใช้การคาดเดา และน่าจะมีข้อผิดพลาดได้มากที่สุด โดยเริ่มจากการทำ anterior nasal packing ก่อน หากเลือดหยุดสันนิษฐานว่าเป็น anterior-epistaxis ซึ่งความจริงอาจจะเป็น posterior epistaxis ที่เลือดหยุดเองก็เป็นได้

หากทำ anterior nasal packing แล้วเลือดไม่

หยุด เป็นข้อบ่งชี้ในการทำ posterior nasal packing โดยสันนิษฐานว่าเป็น posterior epistaxis โดยที่ความจริงแล้วเลือดอาจจะออกในโพรงจมูกส่วนหน้าแต่ซ่อนอยู่ในซอกหลัง ในกรณีนี้ posterior nasal packing ไม่ได้ทำให้เลือดหยุดเพราะการกดโดยตรง แต่ทำหน้าที่เป็นทามบหลังโดย anterior packing ทำหน้าที่เป็นทามบหน้า เลือดที่ซึมออกมาซึ่งอยู่ระหว่างทามบทั้งสองแล้วเกิดการแข็งตัวเป็นลิ่มเลือด ทำหน้าที่เป็น "biomaterial packing" ที่กีดให้เลือดหยุดอีกทีหนึ่ง

2. "Conventional" rhinoscopic diagnosis

เป็นวิธีการวินิจฉัยจากความสามารถในการมองเห็นตำแหน่งที่เลือดออก โดยการทำให้ "conventional" anterior rhinoscopy ด้วย head mirror หรือ head light (ส่วนมากจะสามารถเห็นเข้าไปลึกถึงบริเวณที่อยู่หน้าต่อ middle turbinate) โดยวิธีนี้จะสามารถให้การวินิจฉัย anterior และ posterior epistaxis ได้ดังได้กล่าวแล้ว แต่จุดอ่อนของการวินิจฉัยวิธีนี้คือ อาจจะทำให้วินิจฉัย posterior epistaxis มากกว่าที่ควรจะเป็นจริง

3. Endoscopic/Microscopic diagnosis

ในปัจจุบันมีการใช้ flexible endoscope หรือ rigid endoscope รวมทั้ง microscope ในการส่องตรวจ รักษาโรคของโพรงจมูกแพร่หลายมากขึ้น การใช้กล้องช่วยให้มองเห็นเข้าไปถึงส่วนที่อยู่ลึก และเป็นซอกหลังต่าง ๆ สามารถแยกแยะตำแหน่งที่เลือดออกได้ละเอียดมากขึ้นกว่าเดิม

ในกรณีของ posterior epistaxis วิธีห้ามเลือดที่ผู้รายงานเลือกใช้ คือ

- **Endoscopic electrocautery** โดยการส่องตรวจหาจุดตำแหน่งที่เลือดออกในโพรงจมูกส่วนหลังด้วยกล้อง และพยายามทำให้เลือดหยุดด้วยจี้ไฟฟ้า (insulated suction cautery) เพื่อหลีกเลี่ยงการทำ posterior nasal packing

- **Nasal balloon packing** ในรายที่การส่องกล้องตรวจพบว่า เป็นชนิด posterior non-specific แต่

ในระยะวิกฤตยังไม่เหมาะที่จะทำให้เลือดหยุดด้วยวิธีอื่น ๆ จะเลือกทำ balloon tamponade ด้วย Foley's catheter การทำ balloon tamponade โดยใช้ endoscope มุม 25° ช่วยเป็นวิธีที่ผู้รายงานได้ทดลองทำดู โดยสอดกล้องผ่านโพรงจมูกด้านตรงข้ามกับข้างที่มีเลือดออกเข้าไปที่ nasopharynx จากการมองควบคุมด้วยกล้องค่อย ๆ สอด Foley's catheter ผ่านโพรงจมูกข้างที่เลือดออกลึกเข้าไปจนเห็นบอลลูนโผล่พ้น posterior choana ออกมา จากนั้นค่อย ๆ ฉีดน้ำเกลือเพื่อขยายบอลลูนจนเต็มตามด้วยการทำ anterior nasal packing พบว่าทำได้สะดวกขึ้น

- **Transantral internal maxillary artery ligation** หากในเวลาต่อมาพบว่าผู้ป่วยยังมีเลือดไหลไม่หยุด หรือเมื่อลองเอาบอลลูนออกแล้วมีเลือดไหลซ้ำจะตัดสินใจทำ invasive procedure คือ internal maxillary artery ligation เพื่อหลีกเลี่ยงข้อแทรกซ้อนของการทำ posterior nasal packing ที่ยังไว้เป็นระยะเวลานาน ๆ และยังสามารถลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้สั้นลงอีกด้วย

O'leary-Stickney และคณะ⁴ รายงานผู้ป่วยภาวะเลือดออกในโพรงจมูกที่รักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผลจำนวน 6 ราย จากการส่องตรวจด้วย endoscope พบว่าตำแหน่งที่เลือดออกเป็น posterior lateral wall 4 ราย posterior third of septum 1 ราย และ middle meatus 1 ราย จากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครปฐมเอง พบว่าในกลุ่มของ posterior epistaxis จากการส่องตรวจด้วย endoscope ทั้งหมด 12 ราย ในจำนวนนี้เป็น posterior lateral wall 1 ราย และเป็น posterior septal 1 ราย ที่เหลืออีก 10 รายเป็นชนิด posterior non-specific คือ ส่องตรวจพบว่าเลือดออกในบริเวณที่อยู่หลังต่อ หรือเหนือต่อเทอร์บินเนตอันกลาง แต่ไม่สามารถเห็นตำแหน่งเลือดออกที่แน่นอนได้

จากข้อมูลของ Padgham⁵ ระบุว่า posterior epistaxis พบแต่เฉพาะในโพรงจมูกที่ปกติหรือกว้างกว่าปกติ โดยตามรายงานพบว่าผู้ป่วยที่จัดเป็นกลุ่ม posterior epistaxis จำนวน 18 ราย มีเพียง 2 รายที่โพรงจมูก

แคบเล็กน้อย ที่เหลือโพรงจมูกกว้างเท่าปกติ หรือกว้างกว่าปกติ แต่จากข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครปฐมเองพบว่า ในกลุ่มของ posterior epistaxis จากการส่องตรวจทั้งหมด 12 ราย ในจำนวนนี้ 10 รายมีโพรงจมูกส่วนหลังแคบ

ในรายงานของ O'leary-Stickney และคณะ⁴ นั้นพบว่าในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 6 ราย เพื่อจะทำการส่องกล้อง rigid endoscope เข้าไปเห็นจุดที่เลือดออกและใช้ไฟฟ้าจี้ห้ามเลือดได้ ผู้ป่วย 2 รายต้องทำ turbinate out fracture และอีก 1 รายต้องทำ septoplasty ผู้รายงานมีความเห็นว่าหากจำเป็นต้องทำ septoplasty หรือ partial turbinectomy เพื่อทำให้เห็นจุดเลือดออกที่แน่นอน วิธีการเหล่านี้เองก็มีข้อเสียที่จะทำให้เกิดเลือดออกจมูก โดยเฉพาะในรายที่ทำ septoplasty อาจจะต้องทำ anterior nasal packing ในโพรงจมูกทั้งสองข้าง รวมทั้งต้องใช้เวลาในการทำหัตถการนานขึ้น จึงไม่เหมาะที่จะใช้เป็นวิธีการรักษาเบื้องต้น และไม่เหมาะที่จะทำในระยะวิกฤติ ในกรณีนี้ผู้รายงานจึงเลือกที่จะใช้วิธีการห้ามเลือดด้วย balloon tamponade ดังที่ได้กล่าวแล้วมากกว่า ซึ่งก็พบว่าส่วนใหญ่ได้ผลดี

การทำ endoscopic electrocautery เพื่อรักษา posterior epistaxis ตามรายงานของ O'leary-Stickney และคณะ⁴ มีอัตราการทำไม่สำเร็จ (มีเลือดออกซ้ำ) 1 ราย ในจำนวนทั้งหมด 6 ราย (ร้อยละ 16.6) ผู้ป่วย posterior epistaxis ของโรงพยาบาลนครปฐมมี 2 ราย ที่ทำ endoscopic electrocautery และพบว่าทั้งหมดทำได้สำเร็จ (ไม่มีเลือดออกซ้ำ)

การทำ posterior nasal packing จากรายงานต่าง ๆ พบว่า มีอัตราการทำไม่สำเร็จร้อยละ 26 ถึงร้อยละ 52 (เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 30) และมีอัตราการเกิดผลแทรกซ้อนร้อยละ 2 ถึง ร้อยละ 69 (เฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 17)⁶⁻¹⁰ ผลแทรกซ้อนที่รุนแรงแม้พบไม่บ่อย แต่มีข้อควรระวังโดยเฉพาะในรายที่ต้องคา posterior nasal packing ทิ้งไว้นาน ๆ, ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรค

ปอด โรคหัวใจ ผลแทรกซ้อนที่มีผู้รายงาน¹¹⁻¹⁴ ได้แก่ arterial hypoxemia, iatrogenic sleep apnea, alar necrosis sinus infection และ toxic shock syndrome ตามข้อมูลของโรงพยาบาลนครปฐม ผู้ป่วยที่ส่องกล้อง endoscope ตรวจพบว่าเป็นชนิด posterior non-specific และได้รับการห้ามเลือดด้วย posterior nasal packing (Foley's catheter balloon tamponade) ทั้งหมด 8 ราย ในจำนวนนี้มี 3 รายที่เลือดออกซ้ำหลังจากเอาบอลูนออกคิดเป็นอัตราทำไม่สำเร็จเท่ากับร้อยละ 37.5

การทำ transantral internal maxillary artery ligation จากรายงานของ Schaitkin และคณะ⁸ มีอัตราการทำไม่สำเร็จ (มีเลือดออกซ้ำ) ร้อยละ 24 และรายงานของ Metson¹⁵ มีอัตราการทำไม่สำเร็จ (มีเลือดออกซ้ำ) ร้อยละ 15 ผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครปฐมที่ส่องกล้องตรวจพบว่าเป็นชนิด posterior non-specific ห้ามเลือดด้วยการทำ posterior nasal packing แล้วเลือดออกซ้ำหลังจากเอาบอลูนออก มี 2 รายที่ทำ transantral internal maxillary artery ligation พบว่าทั้งหมดทำได้สำเร็จ (ไม่มีเลือดออกซ้ำ) ผลแทรกซ้อนจากการทำ transantral internal maxillary artery ligation ที่มีผู้รายงาน¹⁶⁻¹⁸ ได้แก่ infra-orbital nerve injury, oroantral fistulas, sinusitis, unilateral blindness และ total ophthalmoplegia

ปัจจุบัน arterial ligation นอกจากการทำ internal maxillary artery ligation โดยผ่านทาง maxillary sinus หรือทาง gingivobuccal sulcus แล้ว ยังเริ่มมีผู้ทำ sphenopalatine artery ligation โดยผ่านทางโพรงจมูกโดยใช้ rigid endoscope อีกด้วย^{19,20}

ในกรณีของ anterior epistaxis ผู้รายงานพบว่าการพยายามส่องตรวจหาตำแหน่งที่เลือดออกด้วยกล้องแล้วเลือกใช้วิธีห้ามเลือด "เฉพาะที่" ที่เหมาะสมนับเป็นวิธีการที่ดี วิธีห้ามเลือด "เฉพาะที่" ที่ผู้รายงานเลือกใช้ คือ

- endoscopic electrocautery โดยการจี้ด้วยไฟฟ้าตรงบริเวณที่เลือดออกด้วย suction cautery

หรือ bipolar forceps ซึ่งหากทำได้สำเร็จก็ไม่จำเป็นต้องทำ nasal packing

- **miniature packing** หากจี้ด้วยไฟฟ้าแล้วเลือดไม่หยุด หรือบริเวณที่เลือดออกไม่ชัดเจน ทราบเพียงแต่ตำแหน่งคร่าว ๆ การทำ miniature packing ด้วยการสอด rolled gelfoam (compressed gelatin sponge) หรือสอด rolled gelfoam แล้วเสริมทับให้แน่นอีกครั้งด้วย rolled sofratulle gauze เข้าไปกดห้ามเลือดเฉพาะตรงตำแหน่งบริเวณที่มีเลือดออกโดยการมองควบคุมจากกล้อง endoscope พบว่าได้ผลดี โดยเฉพาะกับบริเวณที่เป็นซอกหีบ เช่น middle meatus และ inferior meatus สามารถลดอาการแน่นอึดอัดและลดความเจ็บปวดจากการทำ anterior nasal packing แบบเดิมได้

Quine และคณะ² รายงานการส่องตรวจหาจุดเลือดออกด้วย microscope พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 100 ราย มีเลือดออกที่ตำแหน่ง nasal septum 81 ราย lateral wall 4 ราย และ floor 2 ราย โดยเขาใช้วิธีห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้าพบว่า 84 ใน 93 ราย (ร้อยละ 97) ได้ผลดี ตามข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลนครปฐม พบว่าในกลุ่มของ anterior epistaxis จากการส่องตรวจทั้งหมด 48 ราย มีเลือดออกที่ตำแหน่ง anterior septal 22 ราย middle meatus 7 ราย และ inferior meatus 4 ราย

รายที่มีเลือดออกที่ตำแหน่ง anterior septal ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า พบว่า 19 ใน 21 รายไม่มีเลือดออกซ้ำ

รายที่เลือดออกที่ตำแหน่ง middle meatus ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า 1 ราย และห้ามเลือดโดยการทำ miniature packing 2 ราย พบว่าทั้งหมดไม่มีเลือดออกซ้ำ

รายที่เลือดออกที่ตำแหน่ง inferior meatus ห้ามเลือดโดยการจี้ด้วยไฟฟ้า 4 ราย พบว่าทั้งหมดไม่มีเลือดออกซ้ำ

สรุป

การใช้กล้องส่องตรวจไม่ว่าจะเป็น rigid endoscope, fiberoptic endoscope หรือ microscope ในผู้ป่วยเลือดออกในโพรงจมูก ประโยชน์ที่ได้รับ คือทำให้ทราบจุดตำแหน่งเลือดออกที่แน่นอน อาจทราบถึงสาเหตุที่ซ่อนเร้นอยู่ เช่น เนื้องอกและมะเร็ง รวมทั้งทราบถึงโครงสร้างในโพรงจมูกที่ผิดปกติไปซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษา แล้วเลือกใช้วิธีการห้ามเลือดให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ปัจจุบันถือเป็นข้อบ่งชี้ในการส่องตรวจด้วยกล้อง อย่างน้อยที่สุดในรายผู้ป่วยที่มีเลือดออกซ้ำซากหรือในรายผู้ป่วยที่มีเลือดออกครั้งละมาก ๆ

ในรายที่เป็น anterior epistaxis และในราย posterior epistaxis ที่โครงสร้างในโพรงจมูกเอื้ออำนวยพบว่าการห้ามเลือด “เฉพาะที่” โดยใช้กล้องช่วยเพื่อเป็นวิธีการรักษาเบื้องต้นนั้น พบว่าทำได้ง่ายและได้ผลดี สามารถลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากอาการแน่นอึดอัดของการทำ nasal packing แบบเดิม และลดระยะเวลาที่ใช้รักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ในราย posterior epistaxis ที่ช่องโพรงจมูกส่วนหลังแคบจำเป็นต้องทำหัตถการเพิ่มเติมเช่น septoplasty หรือ partial turbinectomy เพื่อให้เห็นจุดเลือดออกที่แน่นอน การห้ามเลือดโดยวิธีนี้ผู้รายงานมีความเห็นว่า อาจจะไม่เหมาะที่จะใช้เป็นวิธีการรักษาเบื้องต้นโดยเฉพาะในระยะวิกฤติ

ส่วนในรายที่ให้การรักษาเบื้องต้นแล้วไม่ได้ผล เลือดไม่หยุดไหลหรือมีเลือดออกซ้ำ ในปัจจุบันมีทางเลือกของการรักษาอยู่หลายวิธี คือ transantral internal maxillary artery ligation, selective arterial embolization, endoscopic electrocautery หรือ endoscopic sphenopalatine artery ligation ซึ่งทุกวิธีล้วนมีจุดเด่นและจุดด้อย วิธีการใดจะเหมาะสมขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและสภาพโครงสร้างในโพรงจมูกของผู้ป่วย ความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ และความชำนาญของแพทย์และทีมงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Jackson KR, Jackson RT. Factors associated with active, refractory epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988 ; 114(8) : 862-5.
2. Quine SM, Gray RF, Rudd M, von Blumenthal H. Microscopic and hot wire cautery management of 100 consecutive patients with acute epistaxis-a superior method to traditional packing. J Laryngol Otol 1994 ; 108 : 845-8.
3. จวีวรรณ นุนนาค. กายวิภาคของจมูกและโพรงอากาศข้างจมูก. ใน : หวัดเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, พ.ศ. 2537 : 1-17.
4. O'Leary-Stickney K, Makielski K, Weymuller EA. Rigid endoscopy for the control of epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1992 ; 118 : 966-7.
5. Padgham N. Epistaxis : anatomical and clinical correlates. J Laryngol Otol 1990 ; 104 : 308-11.
6. Elahi MM, Parnes LS, Fox AJ, et al. Therapeutic embolization in the treatment of intractable epistaxis. Arch Otol Head Neck Surg 1995 ; 121 : 65-69.
7. Wang L, Vogel DH. Posterior epistaxis : comparison of treatment. Otolaryngol Head Neck Surg 1981 ; 89 : 1001-6.
8. Schaittkin B, Strauss M, Houck JR. Epistaxis : medical versus surgical therapy : a comparison of olfactory. complication and economic consideration. Laryngoscope 1987 ; 97 : 1392-6.
9. Montgomery W, Reardon E. Early vessel ligation for control of severe epistaxis. In : Snow JB, ed. Controversies in Otolaryngology. Philadelphia : WB Saunders, 1980 : 315-9.
10. Malcolmson KG. The surgical management of massive epistaxis. J Laryngol Otol 1963 ; 77 : 229-314.
11. Strutz J, Schumacher M. Uncontrollable epistaxis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990 ; 116 : 697-9.
12. Lin Y, Orkin LR. Arterial hypoxemia in patients with anterior and posterior nasal packing. Laryngoscope 1979 ; 89 : 140-4.
13. Taasan V, Wynne JW, Cassisi N, et al. The effect of nasal packing on sleep disordered breathing and nocturnal oxygen desaturation. Laryngoscope 1981 ; 91 : 1163-71.
14. Kersch R, Wolff A. Severe epistaxis protecting the nasal alar. Laryngoscope 1990 ; 100 : 1348.
15. Metson R, Lane R. Internal maxillary artery ligation for epistaxis : an analysis of failures. Laryngoscope 1986 ; 98 : 760-4.
16. Morgan MK, et al. Oroantral fistula : a complication of transantral ligation of the internal maxillary artery for epistaxis. J Laryngol Otol 1997 ; 111(5) : 468-70.
17. Beall J, et al. Total ophthalmoplegia after internal maxillary artery ligation. Arch Otolaryngol 1985 ; 111(10) : 696-8.
18. Johnson LP, et al. Blindness and total ophthalmoplegia. A complication of transantral ligation of the internal maxillary artery for epistaxis. Arch Otolaryngol 1976 : 501-4.
19. El-Guindy A. Endoscopic transseptal sphenopaltine artery ligation for intractable posterior epistaxis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998 ; 107(12) : 1033-7.
20. Pritikin JB, et al. Endoscopic ligation of the internal maxillary artery for treatment of intractable posterior epistaxis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1998 ; 107(2) : 85-91.
21. McGarry GW. Nasal endoscope in posterior epistaxis : a preliminary evaluation. J Laryngol Otol 1991 ; 105 : 428-31.